

PROTOCOLO DA REDE CEGONHA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE



SUMÁRIO

1. Portaria Nº 1459, de 24 de junho de 2011	3
1.1. Definição	3
1.2. Objetivos	3
1.3. Partindo das seguintes diretrizes	3
1.4. A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro Componentes, sendo eles:	4
1.4.1. Pré-Natal composto pelos componentes abaixo	4
1.4.2. Parto e Nascimento composto pelos componentes abaixo	4
1.4.3. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança compostos pelos componentes abaixo	5
1.4.4. Sistema Logístico: Transporte Sanitário compostos pelos componentes abaixo	5
2. Rede Cegonha	6
3. Primeira consulta pré-natal realizada pelo enfermeiro	6
4. Grupos de Gestantes Multidisciplinares	9
5. Roteiro das consultas subsequentes	10
6. Exames preconizados para 100% das gestantes conforme Portaria Nº 650, de 5 de Outubro de 2011	13
6.1. Considerações importantes referentes aos exames	14
7. Calendário de consultas	14
8. Exame físico	15
8.1. Exame físico geral	15
8.2. Exame físico específico (gineco-obstétrico)	16
9. Controle da pressão arterial (PA)	16
10. Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial	17
11. Procedimentos para a medida de peso	17
12. Procedimentos para a medida da altura	18
13. Palpação obstétrica e medida da altura uterina	18
14. Medida da altura uterina	18
15. Ausculta dos batimentos cardíofetais	18
16. Registro dos movimentos fetais	18
17. Verificação da presença de edema	19
18. Classificação de Risco gestacional	19
18.1. Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica	20
18.2. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior	21
18.3. Fatores relacionados à gravidez atual	21
19. Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco	21
19.1. Fatores relacionados às condições prévias	21

19.2. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior	22
19.3. Fatores relacionados à gravidez atual.....	22
20. Fatores de risco indicando o encaminhamento à urgência/emergência obstétrica	23
21. Encaminhamento para o Alto-Risco e Ginecologista da UBS	25
22. Infecções Sexualmente Transmissíveis em Gestantes	25
22.1. Hepatite B e C.....	26
22.2. HIV	27
22.3. Sífilis	28
23. Realização dos Testes Rápidos	31
23.1. Resultados dos Testes Rápidos	32
23.1.1. Os resultados possíveis do Teste Rápido de Sífilis	32
23.1.2. Os resultados possíveis do Teste Rápido de HIV.....	32
23.1.3. Os resultados possíveis para Hepatite B	33
23.1.4. Os resultados possíveis para Hepatite C	33
23.2. PROCEDIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO	33
23.3. Procedimentos para realização dos Testes Rápidos de único percurso.....	33
23.4. Procedimentos para realização dos Testes Rápidos de duplo percurso	34
23.5. Procedimento2 para realização dos Testes Rápidos com fluído oral	35
23.6. Consideração sobre os Testes Rápidos	35
24. Consulta de Puerpério.....	35
25. Óbito fetal	36
26. Unidades de Saúde de referência para realização da Rede Cegonha	36
27. Referências Bibliográficas	37
28. Colaboradores	38
29. Idealizadores	38

PROTOCOLO DA REDE CEGONHA

1. Portaria Nº 1459, de 24 de junho de 2011

1.1. Definição

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha, tendo como princípios:

- ✓ O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- ✓ O respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- ✓ A promoção da equidade;
- ✓ O enfoque de gênero;
- ✓ A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- ✓ A participação e a mobilização social; e
- ✓ A compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

1.2. Objetivos

- ✓ Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- ✓ Organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- ✓ E reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

1.3. Partindo das seguintes diretrizes

- ✓ Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- ✓ Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- ✓ Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- ✓ Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade;
- ✓ E garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

1.4. A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro Componentes, sendo eles:

1.4.1. Pré-Natal composto pelos componentes abaixo

- ✓ Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção (Iniciar o pré natal no máximo até a 12ª semana de gestação e cadastrar todas no SIS independente da idade gestacional);
- ✓ Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade (Encaixar a gestante para a consulta médica sempre que necessário);
- ✓ Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- ✓ Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- ✓ Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto (Visita a maternidade);
- ✓ Qualificação do sistema e da gestão da informação (Registro do Atendimento em Prontuário eletrônico e cadastro da gestante no SIS Pré natal independente da idade gestacional);
- ✓ Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (Grupos de gestante mensalmente com equipe multiprofissional);
- ✓ Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites (Realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites e exames laboratoriais);
- ✓ Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico (Passe para transporte coletivo com a Enfermeira da Saúde da Mulher devendo ser solicitado pela unidade que acompanha a gestante via email nutricao-sms@presidenteprudente.sp.gov.br e pelo telefone 3226-0920).

1.4.2. Parto e Nascimento composto pelos componentes abaixo

- ✓ Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- ✓ Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- ✓ Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de

atenção ao parto e ao nascimento" (Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério e Gestação de Alto Risco
<http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-tecnico-prenatal-puerperio-sus.pdf>
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf);

- ✓ Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (É garantida a presença do acompanhante nas consultas de pré-natal, grupos de gestantes e visita a maternidade);
- ✓ Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- ✓ Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- ✓ Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

1.4.3. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança compostos pelos componentes abaixo

- ✓ Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- ✓ Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento (agendar as consultas de puericultura nos mesmos dias de retorno na sala de vacina do bebê e a consulta de puerpério deve ser realizada até 40 dias após o parto);
- ✓ Busca ativa de crianças vulneráveis (busca ativa realizada desde o pré-natal);
- ✓ Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- ✓ Prevenção e tratamento das dst/hiv/aids e hepatites;
- ✓ Orientação e oferta de métodos contraceptivos (realizar planejamento familiar ofertando contraceptivo oral na consulta de puerpério orientando a paciente que mesmo amamentando ela pode engravidar.

1.4.4. Sistema Logístico: Transporte Sanitário compostos pelos componentes abaixo

- ✓ Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas (Serviço do 192);
- ✓ Implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto;
- ✓ Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial

(consultas e exames utilizando o sistema de bolsão para o agendamento na rede municipal).

- ✓ As atividades realizadas pelas gestantes fora de suas unidades de referência (como exemplo: a visita à maternidade, fisioterapia e estética na UNOESTE), o transporte será realizado pelo STS. Esse agendamento será realizado pela Enfermeira da Saúde da Mulher pelo email nutricao-sms@presidenteprudente.sp.gov.br e pelo telefone 3226-0920).

2. Rede Cegonha

Conforme o fluxograma I, o primeiro contato com a mulher com suspeita de gravidez será realizada pela recepção. Caracteriza suspeita de gravidez a mulher com queixas de atraso ou irregularidade menstrual, aumento do volume abdominal e/ou das mamas. A recepcionista deve encaminhar a mulher para consulta com enfermeiro da unidade, onde será avaliada a necessidade do Teste imunológico de gravidez urinário. Mulheres com testes positivos devem iniciar imediatamente o pré-natal, não sendo necessária a coleta de BHCG laboratorial.

3. Primeira consulta pré-natal realizada pelo enfermeiro

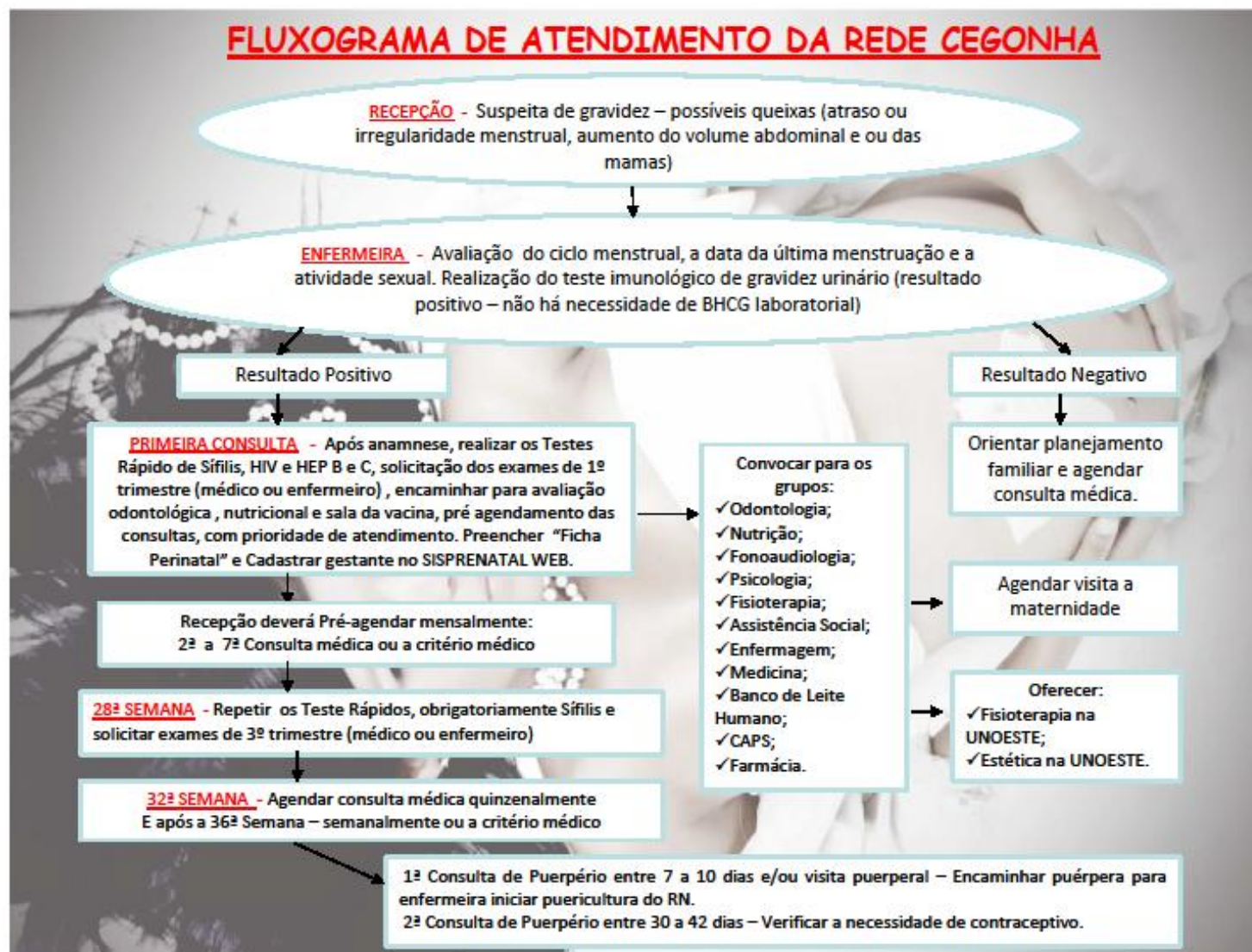
A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

A primeira consulta do enfermeiro deverá:

- ✓ Realizar anamnese;
- ✓ Realizar os Testes Rápido de Sífilis, HIV e HEP B e C. Em caso de Sífilis positiva, seguir o “Fluxograma para Rede Cegonha e Teste Rápido para Pesquisa da Sífilis”;
- ✓ Verificação do calendário de vacinação;
- ✓ Solicitar dos exames de 1º trimestre (médico ou enfermeiro). O agendamento de exames laboratoriais poderá ser realizado pela enfermeira da saúde da mulher (TEL: 3226-0920 ou nutricao-sms@presidenteprudente.sp.gov.br).
- ✓ Prescrever Ácido Fólico 5mg 1x/dia cedo para as gestantes na primeira consulta pré-natal. Indicado até três meses após o parto ou aborto;
- ✓ Prescrever sulfato Ferroso 40mg 1x/dia 30 minutos antes do almoço para as gestantes na primeira consulta pré-natal. Indicado até três meses após o parto ou aborto;

- ✓ Preencher a caderneta de gestante;
- ✓ Encaminhar para avaliação odontológica e nutricional;
- ✓ Realizar o convite para os Grupos de Gestantes multidisciplinares. Enviar aerograma convidando as gestantes mensalmente e entrar em contato via telefone para reforçar o convite;
- ✓ Agendar visita à Maternidade (agendar com a Enfermeira da Saúde da Mulher);
- ✓ Registrar a consulta em prontuário eletrônico (todas as consultas e procedimentos);
- ✓ Pré agendamento das consultas (2ª a 7ª consulta médico ou a critério médico);
- ✓ Gestantes menores de idade deve enviar um email ao conselho tutelar constando o nome completo da gestante, data de nascimento, endereço e telefone para contato (ctutelar@reciaprudente.org.br e 3222-4430 ou 3223-9125);
- ✓ Preencher “Ficha Perinatal” e manter em local correto na pasta com divisórias datadas;
- ✓ Cadastrar gestante no SISPRENATAL WEB;
- ✓ Convocar para os grupos de gestantes;
- ✓ Agendar visita à maternidade.

PROTOCOLO DA REDE CEGONHA



4. Grupos de Gestantes Multidisciplinares

Serão realizados grupos de gestantes nas unidades de saúde mensalmente com palestras multidisciplinares. Os profissionais abordam assuntos pertinentes à saúde das gestantes e dos recém-nascidos. Os grupos são organizados pela Coordenação de Enfermagem semestralmente, sendo confeccionado o cronograma com as datas e os profissionais que irão palestrar.

As equipes multidisciplinares e os assuntos abordados por cada profissional estão na tabela abaixo

Equipe Multidisciplinar	Assuntos abordados
Assistência Social	✓ Direitos das gestantes; ✓ Direitos sociais; ✓ Direitos trabalhistas; ✓ Direito à saúde.
Banco de leite humano	✓ Importância do aleitamento materno; ✓ Posição correta para amamentar; ✓ Doação de leite materno.
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	✓ Aspectos psicossociais; ✓ Uso do álcool, cigarro e drogas.
Enfermagem	✓ A importância do pré-natal; ✓ Desenvolvimento gestacional; ✓ Vacinação; ✓ Queixas comuns na gestação; ✓ Cuidados com o recém-nascido; ✓ Outras orientações.
Farmácia	✓ Fármacos e gravidez; ✓ Riscos da automedicação; ✓ Medicamentos comuns em prescrição na gravidez.
Fisioterapia	✓ Atividades físicas para gestantes; ✓ Indicações e contraindicações.
Fonoaudiologia	✓ Aspectos fonoaudiológicos; ✓ A importância de conversar com o bebê ainda na

	barriga; ✓ A importância da música na gestação; ✓ Amamentação.
Medicina	✓ Partos normal e cesárea; ✓ Sinais de alerta; ✓ Planejamento familiar; ✓ Esclarecimento de dúvidas.
Nutrição	✓ Alimentação da Gestante; ✓ Atenção aos nutrientes importantes durante a gestação; ✓ Cuidado com a higiene dos alimentos; ✓ Como higienizar verduras, legumes e frutas.
Odontologia	✓ Saúde bucal da gestante; ✓ A importância do pré-natal odontológico; ✓ Doenças bucais; ✓ Alterações bucais na gestação.
Psicologia	✓ Aspectos emocionais da gestação; ✓ Relacionamento conjugal.

5. Roteiro das consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes, devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- ✓ Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
- ✓ Exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal);
- ✓ Deve-se avaliar o resultado dos exames complementares;
- ✓ Devem ser feitas a revisão e a atualização do Cartão da Gestante e da “Ficha Perinatal”.

Além disso, devemos executar as seguintes tarefas:

- ✓ Controles maternos;
- ✓ Cálculo e anotação da idade gestacional;

- ✓ Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional;
- ✓ Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);
- ✓ Medidas antropométricas;
- ✓ Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- ✓ Pesquisa de edema;
- ✓ Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo;
- ✓ Entrega da bolsa da gestante (solicitar com a Enfermeira da Saúde da Mulher) e registrar em prontuário eletrônico.

Controles fetais:

- ✓ Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- ✓ Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/ registro dos movimentos fetais;
- ✓ Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess), se houver indicação clínica.

Condutas:

- ✓ Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;
- ✓ Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- ✓ Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia), para profilaxia da anemia;
- ✓ Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- ✓ Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- ✓ Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso; Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- ✓ Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
- ✓ Verifique o agendamento das consultas subsequentes.

Considerações Importantes:

- ✓ Realizar a busca ativa das gestantes faltosas em consultas ou coleta de exames. Caso necessário acionar o assistente social e conselho tutelar;

- ✓ Avaliar os exames laboratoriais disponíveis. Caso não visualize os exames em até 10 dias após a coleta, entrar em contato com a enfermeira da saúde da mulher (3226-0920 ou nutricao-sms@presidenteprudente.sp.gov.br).

6. Exames preconizados para 100% das gestantes
conforme Portaria Nº 650, de 5 de Outubro de 2011

Exames de 1º Trimestre

Exames	Código SUS	Cód. do Laboratório
Tipagem sanguínea + Fator RH	0202120023	TS+ RH
Hemograma	0202020380	H
Urina I	0202050017	U
Urocultura	0202080080	URO
Sorologia + p/ Hep B (HsAg)	0202030970	HBSAG
Toxoplasmose	0202030768	TOXO-IG
Toxoplasmose	0202030873	TOXO-IM
Glicemia de jejum	0202010473	G
Eletroforese de Hemoglobina	0202020355	EH
Citopatológico	0203010019	
USG Obstétrica		

Exames de 3º

Exames	Código SUS	Cód. do Laboratório
Urina I	0202050017	U
Glicemia de jejum	0202010473	G
Hemograma	0202020380	H
USG Obstétrica		

Exames de 1º e 3º Trimestre	Código SUS
Teste Rápido HIV - 1º e 3º trimestres para gestantes e/ou HIV	0214010040 0202030300
Teste Rápido Sífilis - 1º e 3º trimestres para gestantes e/ou VDRL	021401 0082 0202031179

6.1. Considerações importantes referentes aos exames

- ✓ Outros exames laboratoriais poderão ser solicitados conforme conduta profissional.
- ✓ O enfermeiro poderá solicitar todos os exames laboratoriais da tabela SUS.
- ✓ Agendamento de exames laboratoriais: entrar em contato com a enfermeira da saúde da mulher (3226-0920 ou nutricao-sms@presidenteprudente.sp.gov.br).
- ✓ Dificuldade com agendamento de USG Obstétrica entrar em contato com Central de agendamento (3226-0920).
- ✓ Os Testes Rápidos devem ser realizados na primeira consulta e na 28ª semana de gestação. Caso a gestante apresentar alguma situação de exposição à Sífilis nos últimos três meses, o Teste Rápido de Sífilis deve ser repetido em 30 dias (conforme o fluxograma no Manual “Utilização de Testes Rápidos para a Triagem da Sífilis”).
- ✓ O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. A coleta do material do colo do útero para exame colpocitopatológico deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice. A coleta da parte interna, a endocérvice, não deve ser realizada nas gestantes. Para a coleta do material, é introduzido um espécule vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa do colo por meio de uma espátula de madeira (espátula de Ayre).

7. Calendário de consultas

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

- ✓ Até 28ª semana – mensalmente;
- ✓ Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- ✓ Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

As consultas podem, também, serem agendadas conforme necessidade médica ou do enfermeiro.

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada. Encaminhar RN para puericultura e verificar a necessidade de contraceptivo.

8. Exame físico

São indispensáveis os seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional.

No exame físico, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal são os seguintes: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades.

No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, no toque bidigital, o útero e os anexos. Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar-doppler. Nas visitas subsequentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de anemia de mucosas, a existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Deve-se avaliar o mamilo para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana.

8.1. Exame físico geral

- ✓ Inspeção da pele e das mucosas;
- ✓ Sinais vitais: aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar;
- ✓ Palpação da tireoide, região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- ✓ Ausculta cardiopulmonar;
- ✓ Exame do abdome;
- ✓ Exame dos membros inferiores;
- ✓ Determinação do peso;
- ✓ Determinação da altura;
- ✓ Cálculo do IMC;

- ✓ Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional;
- ✓ Medida da pressão arterial; - Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).

8.2. Exame físico específico (gineco-obstétrico)

- ✓ Palpação obstétrica;
- ✓ Medida e avaliação da altura uterina;
- ✓ Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- ✓ Registro dos movimentos fetais;
- ✓ Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess);
- ✓ Exame clínico das mamas;
- ✓ Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico, toque vaginal). Obs.: O exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes.

9. Controle da pressão arterial (PA)

Os guidelines recomendam a medida da PA em **todas as consultas de pré-natal**.

O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação, representa um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns. Entretanto, apresenta alto índice de falsos positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- ✓ Pré-eclâmpsia: caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas; Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;
- ✓ Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas;
- ✓ Hipertensão arterial sistêmica crônica: é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto;

- ✓ Hipertensão gestacional: caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão).

10. Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial

Preparo da paciente:

- ✓ Explique o procedimento à gestante e a deixe em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Ela deve ser instruída a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
- ✓ Certifique-se de que ela não: - está com a bexiga cheia; praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; fumou nos 30 minutos anteriores.
- ✓ Posicionamento da gestante: ela deve estar na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (no nível do ponto médio do esterno ou no 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. A PA também pode ser medida no braço esquerdo, na posição de decúbito lateral esquerdo, em repouso, e a gestante não deve diferir da posição sentada.

11. Procedimentos para a medida de peso

Recomenda-se a utilização de balança eletrônica ou mecânica, certificando-se de que estas se encontram calibradas e em bom funcionamento, a fim de se garantir a qualidade das medidas coletadas. **A medida de peso deve ser realizada em todas as consultas e grupos de gestantes.** Tendo-se como base uma balança de adulto, tipo plataforma, cuja escala tenha intervalos de até 100 gramas, devem ser feitos os seguintes procedimentos:

- ✓ Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada;
- ✓ A gestante descalça e vestida apenas com avental ou roupas leves, deve subir na plataforma e ficar em pé, de costas para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio;
- ✓ Leia o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor;
- ✓ Anote o peso encontrado no prontuário eletrônico e na Caderneta da Gestante.

12. Procedimentos para a medida da altura

A medida da altura deve ser realizada na primeira consulta.

- ✓ A gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo. Quando disponível, poderá ser utilizado o antropômetro vertical;
- ✓ Calcanhares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança; o A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo;
- ✓ O encarregado de realizar a medida deverá baixar lentamente a haste vertical, pressionando suavemente os cabelos da gestante até que a haste encoste-se ao couro cabeludo;
- ✓ Faça a leitura da escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considere o menor valor. Anote o resultado no prontuário.

13. Palpação obstétrica e medida da altura uterina

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciarse pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (este procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando-se identificar os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.

14. Medida da altura uterina

Visa ao acompanhamento do crescimento fetal e à detecção precoce de alterações. Use como indicador a medida da altura uterina e sua relação com o número de semanas de gestação.

15. Ausculta dos batimentos cardíofetais

Constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação, ou com Pinard, após 20 semanas. É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto.

16. Registro dos movimentos fetais

Avaliação clínica do bem-estar fetal na gravidez a partir da 34ª semana gestacional. A presença de movimentos do feto sempre se correlacionou como sinal e constatação de vida; todavia, o monitoramento dos movimentos fetais como meio de avaliação do seu

bem-estar é relativamente recente. Os padrões da atividade fetal mudam com a evolução da gravidez. Inicialmente, os movimentos são débeis e pouco frequentes, podendo ser confundidos pela gestante com outros fenômenos, como o peristaltismo. Gradativamente, à medida que prossegue a integração do sistema nervoso central com o sistema muscular do feto, os movimentos tornam-se rítmicos, fortes e contínuos. O ritmo da atividade fetal pode sofrer interferência tanto de fatores endógenos (como a presença de insuficiência placentária, isoimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas) quanto de fatores exógenos (como a atividade materna excessiva, o uso de medicamentos sedativos, álcool e nicotina, entre outros). A presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal. Dada a boa correlação entre a subjetividade da percepção materna e a ultrassonografia em tempo real, resulta lógica a utilização do controle diário de movimentos fetais (mobilograma), realizado pela gestante, como instrumento de avaliação fetal simples, de baixo custo, que não requer instrumentalização e não tem contraindicações.

17. Verificação da presença de edema

Tem como objetivo detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.

18. Classificação de Risco gestacional

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas “gestantes de alto risco”. Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento. De maneira geral, o acolhimento, em especial à gestante, objetiva fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, consequentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridades, podem levar à morte, por exemplo, uma gestante com síndrome hipertensiva. Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica. Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do

que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco. Assim definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período. A atenção básica deve ser entendida como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, como ordenadora do sistema de saúde brasileiro. Nas situações de emergência obstétrica, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar o suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção, para que haja a adequada continuidade do atendimento para os serviços de referência de emergências obstétricas da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde. A seguir, são apresentados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica. É importante que a equipe de atenção básica se baseie em sua experiência clínica para o encaminhamento da paciente.

18.1. Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica

- ✓ Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
- ✓ Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- ✓ Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- ✓ Situação conjugal insegura;
- ✓ Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- ✓ Condições ambientais desfavoráveis;
- ✓ Altura menor do que 1,45m;
- ✓ IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

18.2. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior

- ✓ Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- ✓ Macrossomia fetal;
- ✓ Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- ✓ Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
- ✓ Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- ✓ Cirurgia uterina anterior;
- ✓ Três ou mais cesarianas.

18.3. Fatores relacionados à gravidez atual

- ✓ Ganho ponderal inadequado;
- ✓ Infecção urinária;
- ✓ Anemia.

19. Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal.

19.1. Fatores relacionados às condições prévias

- ✓ Cardiopatias;
- ✓ Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- ✓ Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- ✓ Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo); Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- ✓ Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- ✓ Doenças neurológicas (como epilepsia);
- ✓ Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- ✓ Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);

- ✓ Alterações genéticas maternas;
- ✓ Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- ✓ Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- ✓ Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- ✓ Hanseníase;
- ✓ Tuberculose;
- ✓ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- ✓ Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

19.2. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior

- ✓ Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- ✓ História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- ✓ Abortamento habitual;
- ✓ Esterilidade/infertilidade.

19.3. Fatores relacionados à gravidez atual

- ✓ Restrição do crescimento intrauterino;
- ✓ Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- ✓ Gemelaridade;
- ✓ Malformações fetais ou arritmia fetal;
- ✓ Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória); Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.
- ✓ Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
- ✓ Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso; Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);

- ✓ Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual; o Evidência laboratorial de proteinúria;
- ✓ Diabetes mellitus gestacional;
- ✓ Desnutrição materna severa;
- ✓ Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- ✓ NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- ✓ Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- ✓ Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

20. Fatores de risco indicando o encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

As altas taxas de mortalidade materna representam um desafio à saúde pública em nosso país. Ao não se garantir o acesso seguro ao evento da maternidade, impõe-se às mulheres o mais sério limite ao exercício dos direitos reprodutivos e, portanto, à condição de cidadania. Embora o risco de óbito tenha se reduzido no Brasil com a ampliação do acesso ao pré-natal e ao parto institucional, ainda há muito a fazer. Para evitar a morte de muitas mulheres, é fundamental o pronto e adequado atendimento às emergências obstétricas.

Para isso, são fundamentais o pronto atendimento e a precisa avaliação do quadro e das alternativas de suporte disponíveis no âmbito do serviço. Entre as atitudes que atrapalham o sucesso desse atendimento figuram frequentemente a desvalorização da queixa da paciente ou a ansiedade de encaminhamento para locais de referência. Ao avaliar a gestante em situação de urgência/emergência, o profissional de saúde deve encaminhá-la ao local de referência juntamente com o impresso “Guia de Referência” preenchido.

São locais de referência para urgência/emergência obstétrica:

Locais de Referência	Endereço	Telefone
Unidade de Pronto Atendimento - Ana Jacinta	Av. José Zerial, s/n, Conj. Habitacional Ana Jacinta	
Hospital Regional de Pres. Prudente	Rua José Bongiovani, 1297 - Vila Liberdade	3229-1500
Hospital Estadual de Pres. Prudente	Rua José Drimel, N° 91, Jardim Bongiovani	3908-7667

São fatores de risco de urgência/ emergência obstétrica:

- ✓ Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- ✓ Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140/90$, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria; Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico.
- ✓ Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- ✓ Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- ✓ Crise hipertensiva (PA $> 160/110$);
- ✓ Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- ✓ Isoimunização Rh;
- ✓ Anemia grave (hemoglobina < 8);
- ✓ Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- ✓ IG a partir de 41 semanas confirmadas; o Hipertermia (Tax $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de lvas;
- ✓ Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- ✓ Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- ✓ Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- ✓ Investigação de prurido gestacional/ictêria;
- ✓ Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- ✓ Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- ✓ Restrição de crescimento intrauterino;
- ✓ Oligoidrâmnio;

21. Encaminhamento para o Alto-Risco e Ginecologista da UBS

- ✓ Para o encaminhamento para o pré-natal de alto risco, o médico deve preencher por completo a Guia de Referência;
- ✓ O agendamento de alto-risco para o Hospital Estadual é realizada pela própria gestante, podendo esse agendamento ser realizado pessoalmente no hospital ou via telefone (3908-4422). A gestante deve comparecer no Hospital Estadual com a Guia de Referência;
- ✓ O agendamento de pré-natal de alto-risco para o Hospital Regional será agendado pela Central de vagas da secretaria municipal de saúde. Inserir a solicitação da vaga no sistema da secretaria municipal de saúde e entrar em contato com a Central de agendamento (3226-0920). Após a disponibilização da vaga pela Central de agendamento, imprimir a filipeta no CROSS, anexar a Guia de Referência e fornecer para a gestante. Orientar data, horário e local da consulta para a paciente.
- ✓ Quando for necessário o médico do ESF (equipe da saúde da família) encaminhar a gestante para avaliação com o ginecologista da UBS (unidade básica de saúde), o médico do ESF deve preencher a Guia de Referência e encaminhá-la à UBS. Após a avaliação e condutas do ginecologista da UBS, o mesmo pode preencher a “Guia de Contra-Referência” e retorná-la a unidade de origem para dar seguimento ao pré-natal.

22. Infecções Sexualmente Transmissíveis em Gestantes

A presença de IST na gestação pode afetar a criança, podendo causar aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do RN. Essas infecções também podem ter efeito debilitante nas gestantes.

Todas as gestantes e as parcerias sexuais devem ser investigadas sobre IST e informadas sobre a possibilidade de infecções perinatais. O rastreamento de IST durante a gravidez é uma intervenção eficaz (oferta de testes diagnósticos e tratamento) cuja efetividade depende de vários fatores (ex: agravo/doença, acesso ao serviço de saúde, cobertura adequada, entre outros).

Todas as gestantes devem ser rastreadas, quando disponível, para:

- ✓ HIV – a testagem para o HIV é recomendada na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, e terceiro trimestre da gestação. Mas, no caso de gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico pode ocorrer no momento do parto, na própria maternidade, por meio do teste rápido para HIV.
- ✓ Sífilis – o teste para diagnosticar a sífilis deve ser feito na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, no início do terceiro trimestre (28ª semana), no momento do parto (independentemente de exames anteriores), e em caso de abortamento.

- ✓ Hepatite B – o rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas, porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão vertical. Deve-se solicitar o rastreamento na primeira consulta do pré-natal – pois se o resultado for negativo e não houver história de vacinação prévia recomenda-se a vacinação – e no terceiro trimestre;

22.1. Hepatite B e C

As hepatites virais, apesar das inúmeras discussões sobre a origem, hoje é um acometimento que impacta sobremaneira a saúde pública em todo mundo. A perda da qualidade de vida do paciente e comunicantes, e os gastos no SUS, requerem esforços para desenvolver medidas eficazes de promoção à saúde, na vigilância, prevenção e controle desses agravos. Uma das estratégias eficazes foi com surgimento dos testes rápidos para triagem das hepatites virais (B e C). Estes testes são práticos pela simplicidade de execução e por não necessitarem de equipamentos para leitura. Os resultados aparecem por meio da formação de linhas coloridas de fácil interpretação, no entanto, esses testes devem ser continuamente monitorados e avaliados. Os testes sorológicos específicos, apesar de todos os avanços tecnológicos, se mantêm como o método eficaz para avaliar o decorrer da infecção viral, determinando as fases da infecção e os procedimentos a serem seguidos.

Considerando-se a prevalência da hepatite B e as coberturas vacinais heterogêneas no Brasil, a prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, o que reduz sobremaneira a transmissão vertical. Está disponível nas unidades de saúde o Teste Rápido de Triagem das Hepatites.

O percentual de cronificação no RN infectado pelo VHB por transmissão vertical pode chegar a 90%, com maior risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma numa fase precoce da vida, tornando a triagem da hepatite B obrigatória no pré-natal. Por isso, o rastreamento para hepatite B deve ser oferecido para todas as mulheres grávidas, a fim de oferecer vacinação para as mulheres susceptíveis e intervenções no pós-parto para as mulheres infectadas, de modo a diminuir o risco de transmissão materno-fetal. Para isso, o antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) deve ser solicitado nos exames pré-concepcionais, na primeira consulta de pré-natal, e ser repetido no terceiro trimestre.

- ✓ Se for HBsAg reagente, solicite HBeAg e transaminases. A gestante com HBsAg reagente e com HBeAg reagente deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto-risco;
- ✓ Toda gestante HBsAg não reagente e com idade abaixo de 20 anos deve receber a vacina para hepatite B. Devemos coletar o anti-HbsAg em gestantes

que não sabem se tomaram a vacina. As gestantes com vacinação incompleta devem completar o esquema vacinal já iniciado.

Monitoramento do RN:

- ✓ Verifique se foi administrada no hospital a vacina para hepatite B a todos os RN de mães HBsAg não reagente;
- ✓ Nos casos de mãe HBsAg reagente e HBeAg reagente, verifique se foi aplicada a 1ª dose da vacina para hepatite B e a imunoglobulina específica contra a hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento;
- ✓ Para o RN assintomático, complete as doses da vacina para hepatite B e, aos 9 e 15 meses, solicite o anti-HbsAg;
- ✓ No caso de RN sintomático, encaminhe a criança ao serviço de referência. Verifique se o bebê está sendo levado às consultas do serviço de referência e às consultas de puericultura da UBS.

22.2. HIV

A evolução da epidemia da Aids no Brasil, afetando de maneira especial as mulheres, trouxe, como novo desafio a ser enfrentado, o controle da transmissão vertical (TV) do HIV. Sendo assim, é necessário o Teste Rápido para HIV na primeira consulta pré-natal e na 28ª semana de gestação.

A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: “Amostra Não Reagente para HIV. Nesse caso, o diagnóstico da infecção é concluído, não havendo a necessidade da realização de nenhum teste adicional. Os fatores biológicos podem limitar a precisão dos testes rápidos, o que também pode ocorrer com os testes convencionais usados em laboratório. Todavia, se existir a suspeita de infecção pelo HIV, nova testagem deve ser realizada após 30 dias.

Amostras com resultado reagente no TR1 deverão ser submetidas ao teste rápido 2 (TR2).

As taxas de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação, situam-se entre 25% e 30%. Deste percentual, 25% referem-se à transmissão intraútero e 75% à transmissão intraparto. O uso de terapêutica antirretroviral, quando associada à cesárea eletiva, pode diminuir as taxas de transmissão vertical do HIV para níveis em torno de 2%.

Gestante portadora do vírus deve realizar o acompanhamento de alto risco, porém deve permanecer o vínculo e o pré-natal na unidade de saúde.

22.3. Sífilis

É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Podem se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença.

Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre (28ª semana) da gestação e no momento do parto (independentemente de exames anteriores). O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental.

Sífilis congênita é a transmissão da doença de mãe para filho. A infecção é grave e pode causar má-formação do feto, aborto ou morte do bebê, quando este nasce gravemente doente. Por isso, é importante fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado é positivo, tratar corretamente a mulher e seu parceiro. Só assim se consegue evitar a transmissão da doença.

Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura:

Fase da doença	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	1 série dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de um ano de evolução	2 séries dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou Latente com mais de um ano de evolução ou com duração indeterminada	3 séries dose total: 7.200.000 UI	1 semana	VDRL mensal

Parceiros sexuais devem ser tratados concomitantemente, caso contrário o recém-nato será considerado caso de sífilis congênita. O tratamento do parceiro deve ser

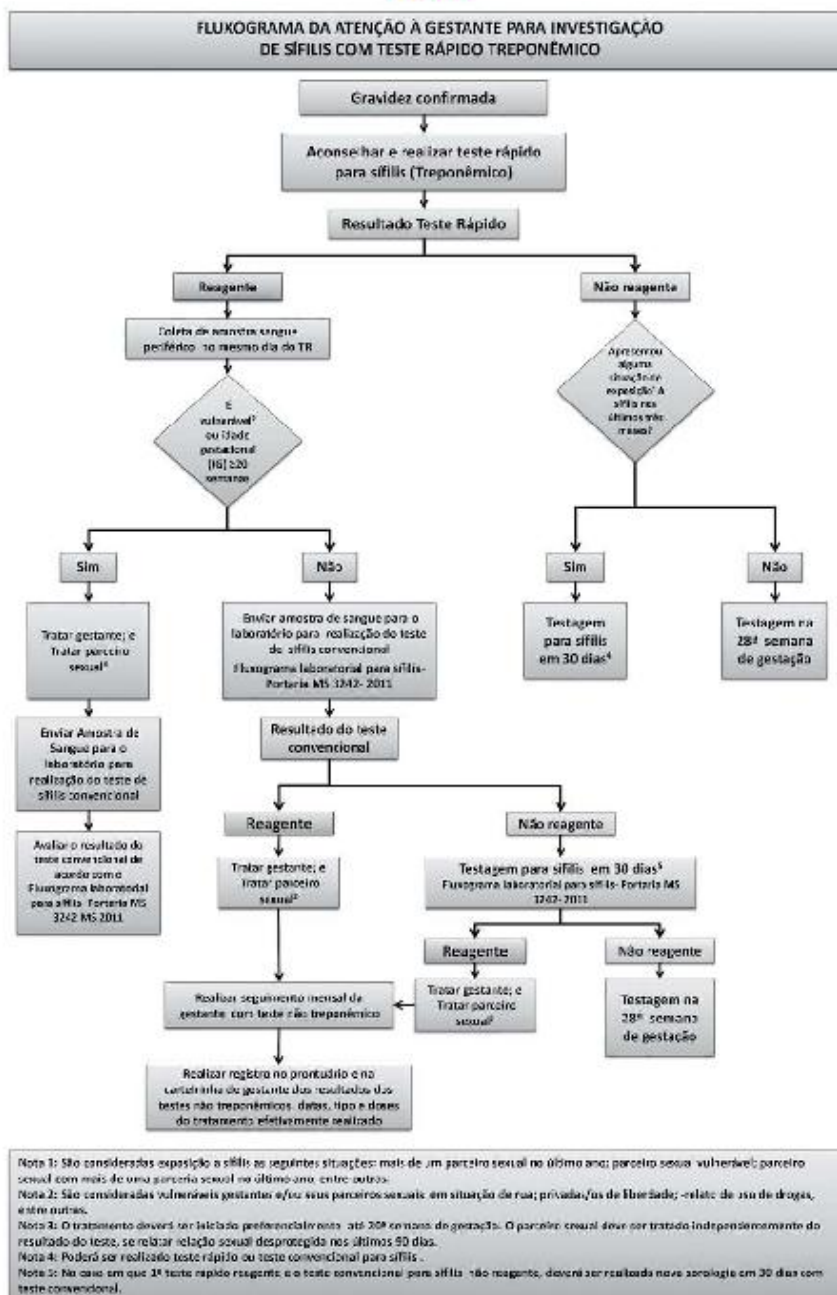
concomitante ao da gestante. O tratamento concomitante significa que o tratamento do parceiro de ser iniciado no máximo na última dose do tratamento da gestante.

Qualquer outro tratamento que não o acima preconizado será considerado tratamento inadequado.

O comprovante de tratamento da sífilis em gestante e parceiro deve ser anexado à caderneta de gestante e à ficha Perinatal. O impresso de comprovação de tratamento da Sífilis deve estar disponível para o ginecologista.

A sífilis é uma patologia de notificação compulsória.

FLUXOGRAMA PARA REDE CEGONHA E TESTE RÁPIDO PARA PESQUISA DA SÍFILIS



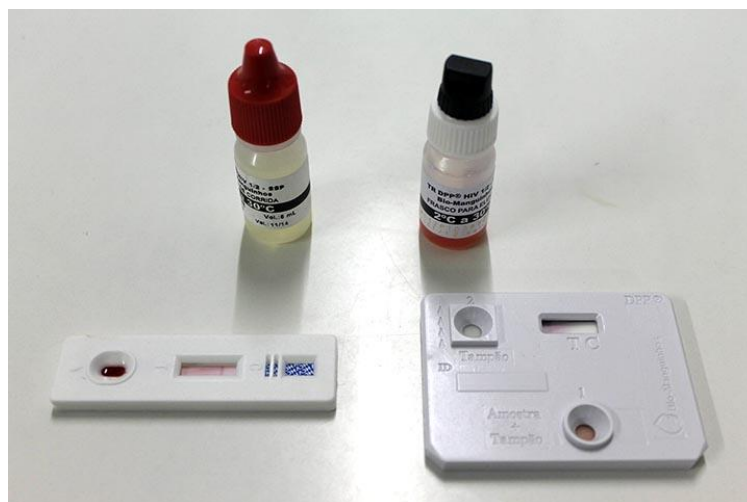
23. Realização dos Testes Rápidos

Os Testes Rápidos enviados às unidades podem ser de vários laboratórios. Podem ser utilizados testes de plataforma de único e de duplo percurso, que permite detectar anticorpos específicos para a patologia. Esses kits permitem a utilização de fluido oral, soro, plasma e sangue total.

Conservação e estocagem do material

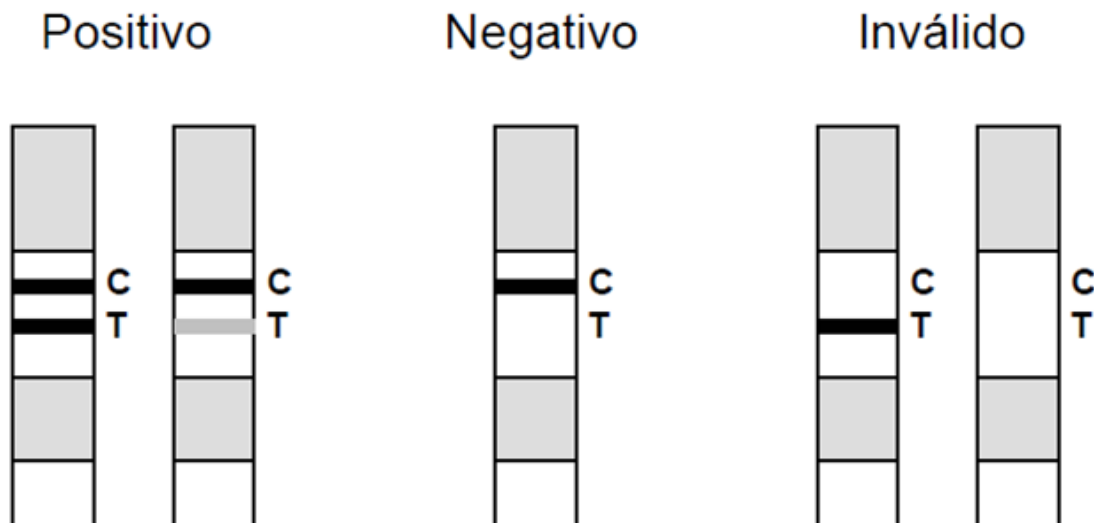
Os kits devem ser mantidos/armazenados entre 2°C e 30°C. Recomenda-se a conservação dos kits em geladeira somente em locais onde a temperatura ambiente ultrapasse 30°C. Não congele os kits ou seus componentes. Os tampões de corrida também devem ser mantidos entre 2°C e 30°C, em seu recipiente original (frasco conta-gotas).

Os laudos devem ser entregues conforme orientação do SAE/CTA



23.1. Resultados dos Testes Rápidos

INTERPRETAÇÃO



23.1.1. Os resultados possíveis do Teste Rápido de Sífilis

- ✓ Para a amostra com resultado Não Reagente no teste rápido treponêmico, reportar no laudo o resultado obtido. "Amostra Não Reagente para Sífilis";
- ✓ Para a amostra com resultado Reagente no teste rápido treponêmico, reportar no laudo o resultado obtido. "Amostra Reagente para Sífilis".

23.1.2. Os resultados possíveis do Teste Rápido de HIV

- ✓ A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1), terá o diagnóstico definido como "Amostra Não Reagente para HIV";
- ✓ A amostra que apresentar resultado reagente no teste rápido 1 (TR1) deverá passar obrigatoriamente para a realização do segundo teste (com Kit de outro laboratório - TR2);
 - Amostras reagentes nos TR1 E TR2 terão o diagnóstico definido como "Amostra Reagente para HIV";
 - Amostras reagentes no TR1 e não reagente no TR2 (DISCORDANTES), não terão o resultado definido e uma nova amostra deverá ser solicitada por punção venosa para ser submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV.

NOTA: Caso não apareça a banda controle ou ocorra algum problema no processo de realização e leitura do teste, esses serão considerados INVÁLIDOS e o teste deverá ser

repetido com a mesma metodologia e com mesmo conjunto diagnóstico, de preferência com outro lote.

23.1.3. Os resultados possíveis para Hepatite B

O exame da empresa BioMérieux Brasil, o VIKIA HBsAg é um teste qualitativo baseado na associação de anticorpos monoclonais e policlonais específicos do HBsAg. Este teste utiliza o 7 princípio de imunocromatografia lateral para a pesquisa do HBsAg circulante. Permite a detecção dos principais subtipos ad e ay no soro, no plasma e no sangue total. Sendo os resultados “reagentes” e “não reagente”.

Testes Rápidos de hepatite B com resultados “reagentes” solicitar exame laboratorial ABsAG.

23.1.4. Os resultados possíveis para Hepatite C

É um teste de determinação qualitativa do anticorpo anti-HCV, por método imunocromatográfico usando antígenos sintéticos e recombinantes imobilizados na membrana para identificação seletiva de anti-HCV em amostras de soro ou sangue total. Sendo os resultados “reagentes” e “não reagente”.

Testes Rápidos de hepatite C com resultados “reagentes” solicitar exame laboratorial Anti-HCV.

23.2. PROCEDIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO

- ✓ Deixar os reagentes necessários atingir a temperatura ambiente antes da utilização;
- ✓ Retirar o dispositivo do sachê selado;
- ✓ Colocar o dispositivo numa superfície plana e limpa.

23.3. Procedimentos para realização dos Testes Rápidos de único percurso

- ✓ Utilizar EPI;
- ✓ Identificar as lâminas dos Testes Rápidos;
- ✓ Identificar o frasco para diluição com o nome do indivíduo ou número de identificação e desenrosque o dosador (parte branca) do frasco mantendo a tampa de cima rosqueada no dosador;
- ✓ Escolha o dedo para realizar a punção – médio ou anelar;
- ✓ Massagear para aumentar fluxo sanguíneo;
- ✓ Realizar a antisepsia do local a ser perfurado – lateral do dedo;
- ✓ Aguardar secar o álcool;

- ✓ Desencapar a lanceta;
- ✓ Encostar a lanceta e fazer pressão para que ela dispare;
- ✓ Fazer ordenha para obter amostra;
- ✓ Coletar a amostra de sangue com a pipeta ou capilar;
- ✓ Dispensar duas gotas de sangue na área da amostra (S);
- ✓ Adicionar na área de amostra (S) uma gota do tampão;
- ✓ Aguardar 15 minutos para a leitura;

23.4. Procedimentos para realização dos Testes Rápidos de duplo percurso

- ✓ Utilizar EPI;
- ✓ Identificar as lâminas dos Testes Rápidos;
- ✓ Identificar o frasco para eluição com o nome do indivíduo ou número de identificação e desenrosque o dosador (parte branca) do frasco mantendo a tampa de cima rosqueada no dosador;
- ✓ Escolha o dedo para realizar a punção – médio ou anelar;
- ✓ Massagear para aumentar fluxo sanguíneo;
- ✓ Realizar a antisepsia do local a ser perfurado – lateral do dedo;
- ✓ Aguardar secar o álcool;
- ✓ Desencapar a lanceta;
- ✓ Encostar a lanceta e fazer pressão para que ela dispare;
- ✓ Fazer ordenha para obter amostra.
- ✓ Encostar a alça coletora de 10 µL na amostra a ser testada permitindo que a alça seja preenchida com a amostra;
- ✓ Inserir a alça coletora de 10µL com a amostra no frasco de eluição identificado de modo que toque no fundo do frasco;
- ✓ Dobrar a haste da alça coletora no ponto de quebra a fim de que a extremidade com a amostra permaneça dentro do frasco de eluição;
- ✓ Recolocar o dosador no frasco de eluição certificando de que tanto o dosador quanto a tampa azul estão bem fechados e agite levemente por 10 segundos;
- ✓ Retirar somente a tampa azul do dosador e girar o frasco de eluição mantendo na posição vertical (sem inclinar) sobre o poço 1. Adicionar duas gotas da solução, lentamente, ao poço 1;
- ✓ Aguardar cinco minutos. Após esse tempo, a linha TESTE e CONTROLE da janela devem ter desaparecido. Em caso contrário, descartar o suporte de teste e repetir o procedimento desde o início usando um novo suporte;

- ✓ Verter o frasco de tampão de corrida e mantê-lo na posição vertical (sem inclinar) sobre o poço 2. Adicionar quatro gotas de tampão, lentamente, ao poço 2;
- ✓ Deixar o teste correr por 10 minutos após a adição do tampão ao poço 2 a temperatura entre 15 a 25°C. Caso não haja migração após 3 minutos da adição do tampão no poço 2, descartar o teste;
- ✓ Após, realizar a leitura do exame.

23.5. Procedimento2 para realização dos Testes Rápidos com fluído oral

- ✓ Oriente quem vai fazer a coleta do fluido oral a inserir o coletor acima dos dentes, no espaço que fica entre o final da gengiva e o começo da bochecha. Com ligeira fricção, passar o coletor gentilmente quatro vezes, tanto na arcada superior quanto na arcada inferior;
- ✓ Insira o coletor no frasco identificado;
- ✓ Feche o frasco com a tampa e agite-o suavemente por 10 segundos;
- ✓ Retire a tampa do dosador e, com o frasco na posição vertical, coloque duas gotas no poço 1;
- ✓ Marque o tempo de 5 minutos no relógio ou cronômetro;
- ✓ Verifique na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
- ✓ Passados os 5 minutos, pegue o tampão, coloque-o também em posição vertical e derrame quatro gotas no poço 2;
- ✓ Marque o tempo de no mínimo 10 minutos e no máximo 25 minutos para a leitura e interpretação do teste.

23.6. Consideração sobre os Testes Rápidos

- ✓ Realizar os Testes Rápidos somente profissionais capacitados;
- ✓ Seguir orientações das bulas sobre armazenamento e realização do exame;
- ✓ Realizar a entrega do laudo conforme orientação do SAE/CTA, registrando nesse: os dados pessoais completos, assinatura do profissional e carimbo, o número do lote e validade do teste.
- ✓ O impresso “Planilha de Controle de Solicitação de Teste Rápido” deve ser enviado ao SAE/CTA todo primeiro dia útil do mês.

24. Consulta de Puerpério

A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Esse atendimento deve ser o mais criterioso possível no âmbito hospitalar e na avaliação posterior, na unidade de saúde. Recomenda-se uma visita domiciliar na 1ª semana após a alta do bebê no caso das Equipes da Saúde da Família. Caso o RN tenha sido

classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade, pelos agentes comunitários, pela busca ativa das unidades de saúde e pelo funcionário da sala de vacina. A segunda consulta puerperal deve ocorrer entre 30 e 42 dias após o parto. Nessa consulta é necessário verificar a necessidade de contraceptivo e seguir o protocolo de Planejamento Familiar.

Objetivos:

- ✓ Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- ✓ Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- ✓ Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- ✓ Agendar as consultas de puericultura (até 15 dias após nascimento, com um mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses ou conforme conduta médica);
- ✓ Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
- ✓ Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- ✓ Orientar o planejamento familiar.

25. Óbito fetal

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. É importante também que a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contra referência, assim como são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

26. Unidades de Saúde de referência para realização da Rede Cegonha

Unidade	Endereço	Telefone
ESF Alvorada	Rua Gilberto Neto 51, Pq. Alvorada	3916-4412
ESF Ameliópolis	Distrito de Ameliópolis	3911-6180
ESF Bela Vista	Rua Elydia Galbino Pinheiro 31, Residência Bela Vista I	3908-3877
ESF Belo Horizonte	Rua Monsenhor Sarrion 215, Jd. Eldorado	3903-5199
ESF Eneida	Rua Dr. Cerávolo 2060, Distrito de Eneida	3911-1200
ESF Florestado Sul	Rua Pioneiro João Aprile 83, Distrito de Floresta	3913-6192

ESF Guanabara	Rua José Divino de Araujo 65, Vl. Angélica	3905-3180
ESF Humberto Salvador	Rua Armando Scatolon 370, Conj. Habitacional Jd. Humberto Salvador	3905-1318
ESF Maré Mansa	Rua João Ruiz 274, Residencial Maré Mansa	3907-4787
ESF Montalvão	Rua dos Espidicionários 57, Montalvão	3913-1356
ESF Morada do Sol	Rua Amélia alvares Gomes s/n, Jd. Morada do Sol	3905-6027
ESF Nova Prudente	Rua Manoel Dias Pimentel Junior 15, Vila Nova Prudente	3916-1223
ESF Primavera	Rua Alvino Gomes Teixeira 3230, Pq. Primavera	3905-5339
ESF São Pedro	Rua Roberto Carneiro de Mendonça 55, Vila Flores	3903-4890
ESF Vila Marcondes	Rua Bahia 454, Vila Marcondes	3916-1321
UBS Ana Jacinta	Av. José Zerial s/n, Conj. Habitacional Ana Jacinta	3909-5000
UBS Belo Horizonte	Rua Coronel Albino 3000, Jd. Belo Horizonte	3916-1295
UBS Brasil Novo	Rua Julio Aranha 120, Conj. Habitacional Brasil Novo	3905-2400
UBS Centro	Rua Pedro de Oliveira Costa 156, Centro	3906-4450
UBS Cohab	Rua dos Ipês Roxos 480, Conj. Hab. Bartholomeu Bueno de Miranda	3906-1403
UBS Pq. Cedral	Rua Luiz André 436, Pq. Cedral	3906-1696
UBS Santana	Rua Alberto Artoni 190, Jd. Santana	3916-1042
UBS São Judas Tadeu	Rua Armando Salles de Oliveira 1240, Pq. São Judas Tadeu	3221-1544
UBS São Pedro	Rua Afonso Flores s/n, Vl. Flores	3916-1331
UBS Vila Real	Estrada Alberto Bonfiglioli 2610, Jd. Vila Real	3909-1919

27. Referências Bibliográficas

- ✓ Portaria Nº 1459, de 24 de junho de 2011;
- ✓ <http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-tecnico-prenatal-puerperio-sus.pdf>;
- ✓ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf;

- ✓ BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher: Cadernos de Atenção Básica Ao Pré-Natal de Baixo Risco nº 32, Brasília – DF 2012;
- ✓ http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html;
- ✓ http://crbm1.gov.br/novosite/wp-content/uploads/2015/08/201508121048_Protocolo_Saude_da_Mulher_ConsultaPublica.pdf.

Observação: Toda e qualquer alteração deste Protocolo da Rede Cegonha será baseada em novas Portarias ou evidências clínicas.

- ✓ Validade: Dois (2) anos. 2015/2017.

28. Colaboradores

- ✓ Priscila de Oliveira Azevedo, Supervisora da Saúde da Mulher da SMS Presidente Prudente;
- ✓ Ana Claudia Braga, Supervisora de Enfermagem da SMS Presidente Prudente;
- ✓ Nereu Oguido, Coordenador Médico da SMS Presidente Prudente;
- ✓ Gisele Aparecida Mariotini Orrigo, Coordenadora da Equipe da Saúde da Família da SMS Presidente Prudente.

29. Idealizadores

- ✓ Milton Carlos de Mello, Prefeito Municipal;
- ✓ Sérgio Luiz Cordeiro, Secretário Municipal de Saúde;
- ✓ Marta Pereira, Coordenadora de Enfermagem da SMS Presidente Prudente.